

Les processus d'identification des plus pauvres à l'épreuve du terrain : une comparaison Bénin-Mali-Sénégal

Céline Deville¹, Fabrice Escot², Valéry Ridde³, Laurence Touré²

Introduction

Depuis toujours, les faiseurs de politiques publiques s'interrogent sur les défis des approches universelles par rapport à celles qui orientent les ressources publiques en ciblant des populations particulières (Mkandawire, 2005). Pourtant, au lendemain des indépendances, la question du ciblage et de l'aide destinée aux plus pauvres n'a que peu attiré l'attention des pouvoirs publics et de leurs partenaires en Afrique de l'Ouest. Ces derniers ont privilégié une approche de développement communautaire plutôt que l'assistance individuelle. Dans le domaine de la santé, la question de l'accès aux soins des plus pauvres a progressivement émergé à la suite de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako qui généralisait le paiement direct et donc posait un défi pour ceux qui n'en avaient pas les moyens (Gilson, Russell, & Buse, 1995; Kaddar, Stierle, Schmidt-Ehry, & Tchicaya, 2000). Dans le contexte de « la lutte contre la pauvreté » et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), des politiques ciblées d'exemption de paiement ont été mises en place à destination de catégories de population considérées comme vulnérables, telles que les femmes ou les enfants (Olivier de Sardan & Ridde, 2014). De plus, des fonds spécifiques ont également été dédiés à la prise en charge sociale et sanitaire des « indigents », par exemple à travers le Fonds sanitaire des indigents au Bénin, les Fonds de Solidarité Nationale et de Solidarité Santé au Sénégal ou encore le Régime d'assistance médicale (Ramed) au Mali.

Ces fonds d'assistance ont cependant eu des effets limités, du fait de la faiblesse de leur financement et surtout des problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre (Olivier de Sardan & Ridde, 2014). Basés sur une identification passive souvent réalisée au point de service, ces dispositifs sont en outre peu connus de la population et des agents de santé comme cela a été récemment montré au Burkina Faso (Valéry Ridde, Leppert, Hien, Robyn, & De Allegri, 2018), et requièrent, de la part des bénéficiaires potentiels et des fonctionnaires concernés, des démarches difficiles à réaliser (longues, complexes, bureaucratiques) (Ridde & Jacob, 2013).

La forte impulsion des organismes internationaux en faveur des programmes de filets sociaux et de la Couverture Santé Universelle (CSU) a récemment entraîné une multiplication des dispositifs ciblés en faveur des plus pauvres. Pour attendre la CSU, l'OMS recommande par exemple une attention spéciale et des dispositifs ciblés sur certaines catégories de la population (WHO, 2010, 2014). C'est dans ce contexte qu'un modèle de ciblage dit « actif » (pré-identification) s'est progressivement diffusé en Afrique subsaharienne. Il repose sur une identification communautaire complétée, selon les dispositifs, par des enquêtes sociales, sur les moyens d'existence (*proxy means testing*, (PMT) ou HEA (Household Economy Approach)). Dans ce contexte, le présent texte vise à analyser la formulation et la mise en œuvre de ces dispositifs de ciblage dans trois pays d'Afrique de l'Ouest : le Bénin, le Mali et le Sénégal.

1. Problématique

L'identification active des plus pauvres constitue un des dispositifs des programmes de transferts monétaires (TM) dont la construction et la diffusion ont été analysées par d'autres

¹ Université de Liège, Faculté des Sciences Sociales, Projet ARC Effi-Santé. Les recherches ont été financées avec le support de la Fédération Wallonie-Bruxelles – Actions de recherches concertées – Académie Wallonie-Europe.

² Association de recherche Miseli

³ CEPED, IRD, Université Paris Descartes, Inserm, équipe SAGESUD, Paris, France

(Olivier de Sardan, à paraître). La circulation et la formulation de ces dispositifs sont indissociables de la diffusion des programmes de filets sociaux, particulièrement appuyés et financés par la Banque mondiale et ECHO (*European commission humanitarian office*) au cours de ces dernières années, parallèlement au développement des « registres sociaux » - registre national unique (RNU) ou registre social unifié (RSU) selon l'appellation nationale.

Se référant au concept de « modèle voyageur », tel qu'il est défini par Olivier de Sardan, Diarra, & Moha (2017), cette contribution s'intéresse surtout à la formulation et la mise en œuvre de ces dispositifs de ciblage. Un grand nombre d'acteurs, de terrain comme du niveau stratégique, dénoncent de nombreux biais d'inclusion comme d'exclusion de ces dispositifs. L'objectif de cette étude est de réaliser une analyse comparative, de ces dispositifs de ciblage des plus pauvres en vue d'identifier les problèmes issus de leur formulation ainsi que les erreurs qui proviennent de ce qu'Olivier de Sardan qualifie de « revanche des contextes ». Ce concept correspond « aux multiples réinterprétations et aux transformations inattendues que le modèle subit, une fois configuré dans sa variante nationale, du fait des logiques sociales multiples et des intérêts variés des différents 'groupes stratégiques' (ou 'stakeholders') auxquels il est confronté » (Olivier de Sardan, à paraître : 15). Nous sommes ici au cœur d'un ancien débat dans les écrits sur le transfert des politiques publiques (Rose, 2005) et d'une récente mise au jour du rôle du contexte dans la mise en œuvre des interventions de santé publique (Craig et al., 2018; Pfadenhauer et al., 2015).

Notre analyse s'appuie sur une revue documentaire et sept recherches socio-anthropologiques de terrain (entretiens semi-directifs et observations récoltées aux niveaux nationaux et opérationnels)⁴. Dans les trois pays, elle porte sur un dispositif de ciblage combinant pré-identification communautaire et enquête PMT, considéré comme le modèle national ou majoritaire, qui tend à s'imposer du fait qu'il est déployé à l'échelle nationale, en vue de la mise en œuvre de programmes étatiques et qu'il sous-tend au Sénégal et au Bénin la création du registre social unique (il y participe au Mali). Cela n'exclut cependant pas la coexistence d'autres modèles, liés à des projets ou programmes spécifiques. Au Mali, Miseli a ainsi étudié les processus de ciblage de transferts monétaires (TM) par des ONG au nord, le processus de ciblage du programme d'Etat au sud et trois expériences du ciblage du Ramed. Les séjours de recherche ont tous été réalisés entre 2016 et 2018, dans le département de Kaolack au Sénégal et la zone-sanitaire de Lokossa-Athiémé au Bénin par CD, ainsi que dans les cercles de Gao, Diré et Gourma Rharous (TM), Dioila et Bougouni et le district de Bamako (Ramed) au Mali par Miseli.

2. Présentation des modèles de ciblage par pays

2.1. Le Bénin

Au Bénin, un *Guide unique de mise en œuvre et de gestion du processus de ciblage des ménages plus pauvres* a été élaboré et validé en 2013, sous la supervision du Comité Socle de Protection Sociale avec l'appui de la Banque Mondiale. Il « recommande une pré-identification des plus pauvres par les communautés et un affinement à travers une enquête PMT » (République du Bénin, 2014 : 5). Ce guide décrit les différentes étapes du processus de pré-identification communautaire en précisant le rôle des acteurs et la composition des comités. Il prévoit qu'une

⁴ Pour le Mali : Analyse des dynamiques sociales et des pouvoirs des parties prenantes pour la mise en place de Transferts Monétaires à Usage Multiple (TMUM) pluriannuels au Nord Mali, Fabrice Escot, Laurence Touré, octobre 2017 ; Le ciblage dans les systèmes de protection sociale - Etude de ciblage comparative au Mali (cercle de Gao), 2016-17, Fabrice Escot, 2018, Étude comparative des méthodes de ciblage utilisées pour identifier les ménages les plus pauvres dans le cercle de Gao,

enquête « légère » auprès des ménages soit ensuite réalisée. Les données, récoltées par des enquêteurs indépendants, permettent de déterminer, sur base d'un modèle statistique, un « score » qui, s'il se situe sous le seuil d'éligibilité, confirme le statut de pauvreté extrême du ménage. Les listes de ménages éligibles sont ensuite restituées à la communauté pour être validées.

Cette méthode d'identification a été utilisée dans les zones d'intervention de deux projets portés conjointement par la Banque mondiale et l'État béninois, à savoir le Projet de renforcement des performances du système de santé (PRPSS), à travers sa composante d'accès gratuit aux soins pour les « extrêmes pauvres » ou indigents, et le Projet de services décentralisés conduits par les communautés (PSDCC), pour la composante TM. Dans le cadre du projet phare du Président Talon de mise en place d'une protection sociale pour le secteur informel, dénommé Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH), une nouvelle vague d'identification doit être effectuée à l'échelle nationale sur la base de ce même modèle. Les seuils d'éligibilités doivent cependant être révisés en vue d'identifier à la fois les « pauvres extrêmes » et les « pauvres non extrêmes ». Ce processus sera à nouveau soutenu par la Banque Mondiale qui mettra en place, parallèlement à l'ARCH, un nouveau programme de TM.

2.2. Le Mali

Au Mali, de nombreux dispositifs coexistent depuis les années 2010, dont ceux mis en œuvre par les ONG et par l'Etat (Ramed, Jigisèmèjiri). Du fait d'un dispositif d'identification des indigents très passif, l'Anam (Agence nationale d'assistance médicale) a enregistré peu d'immatriculations au Ramed et a décidé depuis 2016 d'initier et de piloter des opérations de ciblage « massives » et actives. Le modèle théorique est peu précis, tant dans la définition de l'indigence que dans les modalités de mise en œuvre du processus (formalisation de l'entité chargée du ciblage villageois, implication des associations de santé communautaire ou des maires) avec les mêmes étapes successives : information, ciblage communautaire, réalisation des enquêtes sociales par les services locaux de la Direction du Développement social, délivrance d'un certificat d'indigence par les mairies, dossier à constituer avec les actes d'état civil du requérant et ses ayants-droit en vue d'une immatriculation au Ramed.

Certaines expériences ont été développées dans le Nord Mali depuis 2014 par des ONG internationales notamment financées par ECHO. Les dispositifs de ciblage ont recours au modèle d'analyse des moyens d'existence des ménages (HEA). Ils prévoient une approche mixte : enquêtes des ménages et catégorisation communautaire. Pour autant, les directives des sièges internationaux et les exigences d'impacts liées au positionnement influent sur les arbitrages de méthode, et produisent des dispositifs assez divers selon les agences.

Depuis 2013, un programme de transfert monétaire à l'échelle nationale, géré par le ministère des Finances, a été élaboré et mis en œuvre avec le financement de la Banque mondiale. Les bénéficiaires des premiers transferts, au « sud », ont été identifiés par un processus uniquement communautaire, même si les critères de sélection ont été élaborés lors de la formulation et communiqués aux leaders communautaires. Le programme a étendu en 2016 sa zone d'intervention au nord du pays, qui connaît un contexte de crise politico-sécuritaire avec une faible présence de l'Etat et un pouvoir très fort des leaders locaux, notamment dans les zones pastorales touareg. Le risque pressenti de manipulations par ces leaders (détournements clientélistes et/ou captation) a contribué au choix de la méthode PMT, supposée canaliser les dérives du niveau communautaire.

Les transferts monétaires constituent depuis 2016 une composante à part entière de la politique nationale de protection sociale. Mais les dispositifs de ciblage restent très individualisés concernant les stratégies, les cibles et les méthodes. Les acteurs ressentent la nécessité d'harmoniser ces différents dispositifs pour simplifier la gestion institutionnelle (la multisectorialité) et pour normaliser les pratiques. Le RSU est envisagé comme un outil d'harmonisation et de normalisation des pratiques.

2.3. Le Sénégal

Au Sénégal, la méthode de ciblage étudiée trouve son origine dans le programme de transferts monétaires lancé en 2013 à l'initiative du Président Sall et dénommé Programme national de bourses de sécurité familiale (PNBSF). Le financement de ce programme est majoritairement national et la Banque Mondiale, à travers son projet d'appui aux filets sociaux, n'a été impliquée financièrement qu'à partir de la deuxième année de mise en œuvre. Au-delà du transfert monétaire conditionnel⁵ d'une valeur de 100.000 FCFA par an durant cinq ans, les membres des 300.000 ménages bénéficiaires du PNBSF sont progressivement enrôlés dans les mutuelles de santé, leur cotisation étant entièrement subventionnée par l'Etat dans le cadre de la stratégie de Couverture Maladie Universelle.

Le ciblage de ces ménages se fait sur la base d'une méthode triple. Premièrement, un ciblage géographique permet de déterminer des quotas de ménages par commune du pays. Deuxièmement, la phase communautaire pré-identifie ensuite les ménages dans chaque arrondissement et village (+50% par rapport au quota). Troisièmement, une enquête sur les moyens d'existences (PMT) est réalisée pour classer les ménages présélectionnés en fonction de l'estimation de leur niveau de pauvreté. Les plus pauvres bénéficient du PNBSF, et les autres sont inscrits dans le registre national unique, dans la perspective d'être sélectionnés par d'autres programmes. Ce ciblage a été réalisé à quatre reprises entre 2013 et 2017 dans chacune des communes et arrondissement du pays, ce qui correspond aux quatre « générations » du PNBSF.

Une mise à jour des listes de bénéficiaires est actuellement en cours, à raison de quatre régions par an. Elle repose sur le même dispositif de ciblage, mais comporte deux modifications importantes. Premièrement, en 2017, les comités d'identification ont été formés par les opérateurs sociaux (majoritairement des ONG présentes sur le terrain). De plus, les responsables du programme souhaitent ajouter une phase de validation communautaire des listes à l'issue du processus. La récente décision du Président d'ajouter une nouvelle génération de bénéficiaires au PNBSF pourrait cependant bouleverser cette mise à jour progressive, de nouveaux bénéficiaires devant être rapidement identifiés à l'échelle nationale.

Le tableau ci-dessous synthétise les différentes étapes des processus de ciblage des différents dispositifs étudiés dans le présent texte :

⁵ Les conditions (état civil, vaccination, fréquentation scolaire des enfants et participation aux séances de sensibilisation) ne sont pas ou peu vérifiées et leur absence de respect non-sanctionné.

	Bénin	Mali				Sénégal
		Ramed	ONG	ONG	Jigisemeyiri	
Ciblage géographique					X	X
Enquête ménage HEA			X	X	X	
Identification communautaire	X	X	X	X	X	X
Enquête sociale / sur les moyens d'existence	X	X		X	X	X
Validation communautaire	X		X	X	X	X*

* Réforme du processus après nos enquêtes de terrain

3. Résultats : les dispositifs de ciblage à l'épreuve du terrain. Formulation, mise en œuvre et appropriation.

Cette section vise à interroger les logiques de formulation des dispositifs de ciblage des plus pauvres, et à analyser leur mise en œuvre « à l'épreuve du terrain », dans leurs contextes locaux, sur base des matériaux issus de nos recherches de terrain. Plusieurs exemples illustrent des problèmes et erreurs de ciblage qui proviennent soit du modèle lui-même, tel qu'il a été formulé, ou de dysfonctionnements, d'improvisations et de réappropriations lors de la mise en œuvre du processus au niveau local.

3.1. Formulation et encadrement du processus communautaire

Plusieurs constats transversaux s'imposent concernant la formulation. Tous les modèles étudiés placent **le ciblage communautaire au cœur de leur dispositif**. La connaissance interpersonnelle et du contexte local sont fréquemment évoquées comme justifications de la mise en œuvre d'un ciblage communautaire. Celui-ci répond également à des **considérations très utilitaristes**, tel que le souci d'économie, la démarche participative imposée par les normes internationales ou le contexte d'insécurité. Pour autant, par méfiance des dérives communautaires - parfois mais pas toujours constatées dans les écrits (Chinsinga, 2005) - différentes étapes sont introduites pour augmenter la fiabilité perçue du processus. Elles sont soit antérieures au ciblage communautaire (quotas, identification de critères et pondération), soit postérieures, relevant du contrôle (enquêtes sociales, PMT, validation communautaire, visites à domicile, comités de plaintes, ...).

Le degré d'**encadrement du processus de ciblage communautaire est variable** d'un dispositif à l'autre de même qu'au cours du temps, **en fonction des moyens disponibles**.

Au Sénégal, la phase pilote du PNBSF a été rapidement mise en œuvre, vu les enjeux politiques (promesse électorale), et avec des moyens limités. A cette époque, la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSSN) ne disposait en effet pas de services décentralisés et ou d'opérateurs de terrain. Cette précipitation, et ce manque de moyens, expliquent que le ciblage de la première génération de bénéficiaires est généralement qualifié de « *catastrophique* ». Dans plusieurs localités, seul le chef de village ou le délégué de quartier a procédé au ciblage, sans mettre en place de comités. Il a également été rapporté que, dans une des localités de Kaolack, le délégué de quartier a choisi les bénéficiaires par « *tirage au sort* », justifié par le manque d'information sur la démarche à suivre. Cette absence de suivi s'est

progressivement résorbée à la suite de l'appui de la Banque mondiale et au recrutement d'opérateurs sociaux. Les comités d'identification n'ont cependant été formés qu'en 2017, soit quatre ans après le lancement, dans la perspective d'une mise à jour des listes, après avoir ciblé les quatre générations de bénéficiaires du PNBSF.

Au Mali, cette formulation, ce cadrage, sont **influencés par la perception que les acteurs ont des communautés**. Les cadres de l'Anam considèrent par exemple que l'interconnaissance villageoise (Vuarin, 1994) est évidente et permet de désigner sans ambiguïté les indigents, d'où l'inutilité perçue de concevoir des méthodes rigoureuses et de définir des critères précis et univoques. L'identification des indigents par le Ramed, à Bamako ou à Bougouni, a été effectuée différemment dans chaque commune, sans normalisation. A l'inverse, les acteurs intervenant au nord du Mali admettent leur méconnaissance de certains faits sociaux et anticipent de potentielles dérives ou captation par les leaders notamment.

Au Bénin, la pré-identification communautaire, financée par la Banque mondiale, a été fortement encadrée dès le départ. L'implication des autorités locales était régie par des arrêtés communaux, définissant les différentes étapes du ciblage ainsi qu'une composition type des comités d'identification. Les Centres de Promotion Sociale, services décentralisés de l'Action sociale, ont été chargés de superviser l'ensemble du processus. Cela n'a pourtant pas empêché une certaine variation dans les pratiques, notamment dans le rôle joué par le chef de village au sein du comité. Cet assistant social explique le type de discours qu'il a tenu durant les séances de formation des comités : « *C'est une lourde responsabilité. Si vous commettez des erreurs, ça va vous rattraper* ».

Ils ont dit que s'ils constatent que la personne a de l'argent et qu'elle a obtenu la carte, on va annuler les cartes de tout le village. Et donc c'est de là qu'on a eu peur, et ce qu'on a fait, c'est du sérieux (Bénéficiaire, Bénin)

L'absence de quotas accordait par contre une grande liberté aux acteurs communautaires béninois, entraînant des disparités dans le nombre de personnes pré-identifiées d'une localité à l'autre. Combinée à une définition vague de la cible, elle pénalise les comités qui se sont limités à une définition restreinte de l'extrême pauvreté.

On a été tellement rigoureux. [...] ça fait qu'il y a des gens que les gens avaient pris mais bon, parce que finalement, on a dit 'non, ça là, faut pas qu'on nous tape dessus' [...] parce que si ce n'est pas bien fait, ça va porter mon nom (Chef d'arrondissement).

3.2. Formulation et compréhension de la cible

La formulation, plus ou moins précise, de la cible et sa compréhension par les acteurs locaux sont en effet également variables. La **terminologie** oscille entre indigence, grande ou extrême pauvreté, vulnérabilité. Lors de la traduction qui en est faite en langues locales, beaucoup de nuances disparaissent. Au Bénin, un terme générique utilisé en *mina* pour définir la cible est : « *Wamonon*, ceux qui n'ont rien du tout » (Chef d'arrondissement). Parfois, des cas ou sous-catégories spécifiques de la population sont cités pour l'explicitier davantage :

Et qu'est-ce qu'on entend par plus pauvres ? Et on revient sur la définition : c'est celui-là, qui, dans le village, lorsqu'il est malade, lorsque quelqu'un ne lui vient pas en appui, il ne peut pas se soigner [...] celui qui, dans le village, lorsque son enfant est renvoyé pour non-paiement de la contribution scolaire, c'est que l'enfant doit abandonner. Il n'a rien à aller vendre. Donc, c'est des gens comme ça qu'on eut (Assistant social, Bénin).

Or, « du fait d'une approche qui définit *a priori* les catégories de personnes potentiellement vulnérables », celles-ci peuvent être surreprésentées parmi les bénéficiaires ciblés (Touré, 2013 : 138). **Des critères, mal expliqués au départ ou difficilement explicables**, contribuent singulièrement à **brouiller le message**. Le critère femme enceinte, allaitante ou avec enfant de moins de 5 ans imposé par ECHO au nord Mali a parfois été compris selon les ONG comme obligatoire, ce qui a modifié sensiblement la composition des listes et exclu certains ménages très pauvres sans enfants.

Le jour de la distribution les gens viennent. Tu vas voir des vieux qui viennent et qui vont dire qu'eux ils sont vieux, vulnérables mais on ne les a pas choisis. Mais ce sont des gens qui ne maîtrisent pas les critères de sélection, c'est pourquoi ils pensent qu'ils méritent cette sélection, quand ils viennent on leur fait comprendre (Agent ONG, nord Mali).

Ces difficultés liées à la nomination des sous-groupes de la population expliquent que dans plusieurs pays, ce processus de « naming » est partie intégrante du ciblage communautaire. Ainsi, il est demandé aux communautés de regrouper les habitants du village en sous-groupes, d'en donner leurs caractéristiques principales et enfin de les nommer dans les langues locales. Par exemple, au Burkina Faso, un indigent a été qualifié par les communautés comme « un démuné extrême socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène » et, au Rwanda, comme ceux qui vivent dans une « pauvreté abjecte : *Umutindi Nyakujya* » soit ceux qui doivent mendier pour survivre et qui n'ont ni terre ni cheptel et encore moins d'habitat, de vêtement ou de nourriture (Ridde, 2012; Sabates-Wheeler, Yates, Wylde, & Gatsinzi, 2015).

Les **financements**, parfois définis par d'autres considérations que l'estimation du besoin, conditionnent également la définition de la cible. Dans le nord du Mali, la cible restant inchangée, le pourcentage de ménages appuyés a graduellement diminué entre 2014 (33% des ménages des villages) et 2016 (18%) à la suite de la baisse de financement. A Bamako, dans chaque commune, le budget disponible ne permettant pas de financer plus de 100 jours/enquêteur pour le ciblage, le nombre d'indigent à identifier a donc été fixé à 1000 personnes. Au Sénégal et au Bénin, les cibles ont par contre été estimées sur la base des taux nationaux de pauvreté extrême (estimée à 15% de la population nationale au Bénin en 2011). Alors qu'au Bénin, un ciblage unique, « en masse », a été réalisé ; au Sénégal, la cible de 300.000 ménages a été atteinte au bout de quatre processus successifs de ciblage entre 2013 et 2017. Lors de la mise à jour des listes prévue dans les deux pays, quotas et seuils d'éligibilité doivent être revus pour correspondre à la nouvelle définition de la cible (pauvreté « non-extrême) et aux nouvelles données socio-économiques du pays.

Au Burkina Faso, le financement endogène de la prise en charge des indigents a provoqué un ciblage communautaire réduit à moins de 1% de la population tandis que lorsque la Banque mondiale a décidé de financer cette prise en charge de l'accès gratuits aux soins de santé en 2015, le taux est passé à 8% en moyenne dans 10 districts du pays (Ridde, 2010).

Enfin, des catégories que l'on pourrait penser comme vulnérables de la population sont « **exclues par design** » (Kidd, Gelders, & Bailey-Athias, 2017). Au Sénégal, les *talibés*, par exemple, sont d'office écartés du processus car il cible des ménages et que ces enfants, absents dans leur ménage d'origine, ne sont pas non plus considérés comme membres du ménage de leur maître coranique. Or, ces enfants sont parmi les plus grands demandeurs des services sociaux des hôpitaux, et donc considérés par les assistants sociaux qui y travaillent comme de

véritables indigents⁶. Au Burkina Faso, les enfants de la rue et les enfants abandonnés étaient considérés par les agents de santé et agents de l'action sociale comme devant bénéficier du statut d'indigents afin de bénéficier de l'exemption du paiement des soins (V. Ridde & Sombie, 2012).

De plus, la **pertinence du ciblage communautaire** pour sélectionner certains « vrais » indigents peut être questionnée, de par son inadéquation à certains milieux (notamment urbain, comme cela a été montré au Burkina Faso (Valéry Ridde et al., 2014)) mais également en considérant la définition que donnent Kaddar *et al* de la notion d'indigence, « multidimensionnelle du fait qu'elle cumule de façon interdépendante pauvreté et exclusion sociale » (2000 : 905). Les individus socialement exclus sont-ils susceptibles d'être sélectionnés par « leur » communauté ? L'affirmation selon laquelle « à force de fuir les indigents, on ne les connaît pas » (Touré, 2013 : 121) s'applique par exemple très bien aux publics marginalisés, tels que les « fous » ou malades mentaux. On a pourtant vu, au Burkina Faso, que les indigents sélectionnés par un processus communautaire faisaient face à de sérieux besoins en santé mentale (Ouédraogo et al., 2017; Pigeon-Gagné, Hassan, Yaogo, & Ridde, 2017). De plus, les agents de santé ou ceux de l'action sociale de ce pays ont mis l'accent sur l'importance d'intégrer la santé mentale dans les critères de sélection des indigents (V. Ridde & Sombie, 2012).

3.3. Formulation et mise en œuvre des enquêtes

La plupart des dispositifs étudiés prévoient un « contrôle » consécutif à la mise en œuvre du processus communautaire, sous la forme d'enquêtes sociales ou PMT. Mais ce contrôle se révèle souvent inefficace. Comme le montrent nos recherches de terrain, la réalisation de ces enquêtes (sociales, PMT, ...) constitue une illustration particulièrement intéressante, à la fois de la manière dont la formulation influe sur la mise en œuvre et des distorsions induites, le contrôle étant fortement dilué, rendu inopérant.

D'une part, les dispositifs de ciblage qui prévoient une enquête à la suite de la pré-identification communautaire ne permettent pas de **limiter les erreurs d'exclusion**. En effet, ces enquêtes sont en principe administrées à partir des listes de ménages pré-identifiés par les comités locaux de ciblage, et ne prévoient donc pas d'inclure de nouveaux individus qui auraient été exclus lors de la phase de pré-ciblage⁷. Elles ne visent qu'à effectuer un choix au sein des personnes pré-identifiées, d'en limiter les erreurs d'inclusions, à la fois parce qu'elles incitent les comités d'identification à réaliser un travail sérieux et qu'elles vérifient les conditions d'existence de ces ménages. Au Sénégal et au Mali, l'enquête PMT classe les ménages selon leur niveau de pauvreté mais cela ne permet pas non plus de limiter considérablement les erreurs d'inclusion : « *si on ne cible que des ménages riches, on ne le verra pas nécessairement* » et ce ne sont que les « moins riches » qui seront sélectionnés pour le programme de bourses, alors que l'ensemble des noms sera inscrit dans les RNU. Au niveau de l'ANSD, une certaine frustration est perceptible face à cette situation : tout « *dépend fortement de la qualité du ciblage [communautaire]. Nous, on ne peut pas refuser d'enquêter* ». Les enquêteurs qui constatent des erreurs flagrantes d'inclusion peuvent le noter dans les observations, au bas du questionnaire, mais « *c'est à la DGPSN d'apprécier...* » (Consultant national).

⁶ Au Bénin, par contre, des cartes ont été distribuées dans des orphelinats, ce qui a probablement été facilité de par l'implication des assistants sociaux des CPS.

⁷ Cette pré-identification élargie (elle identifie 50 à 65% de ménages en plus que ce que prévoient les quotas au Sénégal et au Mali) ou sans limite de nombre (Bénin) suppose en effet que les erreurs d'exclusion seront évitées à ce stade du processus.

D'autre part, ces enquêtes, présentées comme un moyen sûr et objectif de contrôler la sélection communautaire, peuvent d'autant plus facilement être **manipulées par les ménages enquêtés** qu'elles reposent sur du déclaratif.

Les gens ne sont pas bêtes, quand tu dis que si tu exploites ½ ha tu es exclu, si tu as une moto tu es exclu, si tu as deux bœufs, tu es exclu, c'est la personne elle-même qui se fait exclure dès qu'elle dit qu'elle a ça. Moi j'ai un cousin qui a une vieille moto, réellement il doit faire partie des vulnérables. On a dit qu'il a une moto, on l'a exclu. (...) Les gens qui sont à côté de lui et qui ont des motos et qui ne l'ont pas dit, reçoivent l'argent (Leader communautaire, région de Tombouctou).

Il y en a qui prennent aussi le manteau de pauvre extrême sans qu'ils ne le soient. Tu vois ? Et ça amuse, parce qu'ils sentent que derrière, il y a un service, un bénéfice direct à avoir (Expert national, Bénin).

Enfin, ces enquêtes sont souvent sous-financées, réalisées dans des conditions peu propices, et par des enquêteurs peu qualifiés, peu expérimentés et hâtivement formés. Au Mali, **un souci de maîtrise des coûts et des délais** amène souvent des hypothèses optimistes de mise en œuvre, avec un nombre d'enquêtes à effectuer par jour irréaliste (10 à Bamako, jusqu'à plus de 15 à Dioila), et la mobilisation bénévole massive et constante des acteurs à la base pour l'information, le guidage, l'identification, voire le ciblage lui-même. Certains enquêteurs ne maîtrisent pas les langues vernaculaires du milieu. Dans le cas du Ramed, la planification du ciblage n'a pas tenu compte des difficultés à retrouver des indigents souvent peu visibles, isolés, et en milieu urbain assez mal connus, souvent mobiles (mendicité). Les conditions de travail sont particulièrement décrites par les enquêteurs et expliquent largement, selon eux, les entorses aux règles, les improvisations voire les solutions de facilité qu'ils opèrent le plus souvent, comme d'entamer eux-mêmes une nouvelle identification, avec ou sans le concours de responsables locaux. Certaines listes communautaires ont ainsi été très largement renouvelées.

Si on était restés avec la liste, ça n'allait pas marcher. On allait y passer 2 mois et on n'allait pas finir. Depuis le début, on a signalé ça au chef et il nous a dit de chercher nous-mêmes les personnes indigentes au niveau du quartier, sans être accompagné du chef de quartier (Enquêteur, Bamako)

Au Bénin, des problèmes ont également été rencontrés lors de la mise en œuvre des enquêtes PMT, avec ce même constat d'enquêtes qui auraient été « bâclées ». Les délais étant courts, les ménages ou individus absents durant la période d'enquête ont été exclus du processus. Malgré le fait que les enquêteurs aient été choisis et formés par l'INSAE et des contre-vérifications organisées, des dérives ont été constatées.

La taille du ménage, ou le nombre de personnes à charge, tu vois, si le nombre est important, ça donne plus de travail à faire pour les agents. Donc tu as au moins dix formulaires à remplir pour chaque individu, mais certains par exemple, pour gagner du temps, au lieu de prendre le nombre de personnes à charge déclarées, ils font le travail pour le nombre de personnes présentes (Expert national).

De même, au Sénégal, la mise en œuvre des enquêtes PMT a connu de sérieux dysfonctionnements, surtout lors de l'identification des premières générations de bénéficiaires en 2013 et 2014. Les enquêtes ont été « bâclées », avec « un taux de collecte de données inférieur à 50% » et « beaucoup de déperdition des questionnaires papiers » (Consultant national). L'ANSD, qui appuyait le processus en 2013 et 2014, fut chargée de superviser les

enquêtes à partir de 2015. L'appui de la Banque mondiale permis d'organiser des formations et de munir les enquêteurs de tablettes, afin d'envoyer directement les données pour le traitement statistique. Cependant, les moyens restent insuffisants pour se déplacer au domicile de l'ensemble des ménages, et la majorité des enquêtes sont réalisées dans les mairies, chez les chefs de quartier ou tout autre point de regroupement des ménages pré-identifiés.

Au Mali, les enquêtes n'ont souvent pas été réalisées individuellement au domicile de la personne comme le protocole le recommande, mais chez le chef de quartier/village ou sur la place publique, au su et vu de tous, y compris de notables. A Dioila, certains enquêteurs, pressés par le temps, ont même imposé un regroupement des indigents dans certains villages de la commune. Cette absence de confidentialité ou de possibilité de vérification sur le lieu de vie de la personne n'a pour autant pas été décriée, y compris par des superviseurs, certains pensant même que c'était le meilleur moyen de contraindre les personnes interrogées à dire la vérité.

Il était question de passer dans les familles pour recenser. Cela a été évoqué mais dire à l'action sociale de passer dans les familles pour recenser, ils auraient récolté beaucoup d'erreurs car c'est la chefferie du quartier qui connaît le terrain. De plus ça les aurait fatigués vu que les maisons sont éloignées. Appeler les gens listés pour venir répondre aux interrogations nous a semblé le moyen le plus efficace (Leader communautaire, Bamako).

3.4. Dénonciation du clientélisme, appropriations et acceptation du ciblage

Ce contrôle, présenté comme un moyen de lutter contre les inclusions abusives, ne permet donc pas (ou peu) de limiter les erreurs d'inclusion ou d'exclusion, qui sont fréquemment dénoncées comme **des conséquences de pratiques de clientélisme ou d'accaparement** lors de la phase communautaire, notamment par les professionnels intervenant dans les formations sanitaires.

Il y avait certains quand ils nous ont vu faire les enquêtes, ils venaient vers les chefs de quartier pour leur dire de mettre leur nom. Ils essayaient de forcer le chef à mettre leur nom. C'était ce que ces chefs nous disaient quand-même. Puisqu'ils imposaient cela aux chefs, ces derniers mettaient leur nom sachant bien que les enquêtes vont les éliminer. Quand on arrivait sur le terrain, on fait l'enquête et on met avis défavorable. Cela mettait à l'aise aussi les chefs de quartier (Enquêteur, Bamako).

Des personnes en difficulté ont été choisies, mais le travail est biaisé. Dans le temps, les gens disaient qu'ils ont mélangé la chose avec la politique. [...] Il y a des gens qui ont une voiture, une moto, qui ont la carte. Or, les gens misérables, qui font vraiment pitié, n'ont pas la carte (Assistant social d'un hôpital, Bénin)

Ce qui est sûr, c'est qu'il y a beaucoup de gens dans les communautés qui n'ont pas les moyens de faire les soins mais qui n'ont pas la carte. Ça, c'est sûr. Maintenant, c'est également sûr aussi que, peut-être qu'il y a aussi des gens qui ont dû jouer des influences pour se faire délivrer la carte (Infirmier, Bénin).

Dans la base de données, il y a beaucoup d'enseignants. Généralement, c'est eux qui appuient pour la saisie (Consultant national, Sénégal).

Ces pratiques clientélistes et de détournement au niveau local sont majoritairement mises en avant pour expliquer les nombreux biais des processus de ciblage. Au Sénégal, par exemple, un expert national reconnaît qu'« il y a des fraudes avérées, il faut les sortir, nettoyer la base ». C'est pourquoi il a été décidé d'ajouter une phase de « restitution communautaire » lors de la

mise à jour des listes : « *C'est l'étape qu'il ne fallait pas sauter ! [...] Maintenant, il faut que les gens prennent leurs responsabilités, apprennent la démocratie, la transparence et l'équité* ». Cette solution, inspirée de l'expérience malienne, suppose que le clientélisme est la principale cause des nombreuses erreurs d'inclusion et d'exclusion des dispositifs de ciblage que nous avons étudié, ce qui reste à démontrer.

L'efficacité de la mesure suppose également que les membres du village ou quartier osent s'opposer aux choix du comité, souvent composé de notables et de leaders communautaires, lors de ces validations ou restitutions. Au Burkina Faso, les expériences de ciblage présentées plus haut ont mis en place un processus de validation des listes organisées dans les villages par un comité relevant du niveau du centre de santé.

De plus, le caractère stigmatisant du ciblage et de l'étiquette « de pauvre » est également dissuadant. Certaines personnes ont d'ailleurs refusé cette étiquette – et les bénéfices qui en découlent – alors même qu'ils avaient été pré-identifiés.

Tu as des pauvres en fait qui sont choisis. Déjà, parce qu'ils ne sont pas informés, ils découvrent leur nom sur une liste... Il y en a qui acceptent, il y en a qui n'acceptent pas (Assistant social, Bénin).

Si la question de la stigmatisation sociale est souvent discutée dans les écrits sur le ciblage, une thèse a montré que cela n'était pas le cas lors de processus de sélection communautaire des indigents au Burkina Faso (Samb, 2014) à l'inverse du Cameroun où des certains indigents ont refusé ce statut (Flink et al., 2016).

Enfin, **les processus de ciblage suscitent invariablement des tensions sociales, des incompréhensions**, et ce qui ne motive guère une gestion rigoureuse. Différents types d'acteurs, y compris des bénéficiaires ont connu des altercations et relatent les tensions que ce ciblage a entraînées.

Oui, il y en a en pagaille ! Parce que d'autres disent que c'est de la ségrégation. Vraiment, c'est comme ça, le monde (Bénéficiaire, Sénégal).

Il est difficile de mesurer cette étape de ciblage communautaire puisque le dispositif ne paraît pas très satisfaisant. Les plaintes recensées se font de bouche à oreille, généralement on le sait lors des passages des leaders au bureau de [ONG]. Les plaintes reposent généralement sur de la jalousie entre les bénéficiaires de 2014 et ceux de 2016. Ceux de 2014 estiment être toujours dans le besoin donc certains qui ne figurent plus dans les ciblés de 2016 manifestent une frustration. Les non-bénéficiaires sont généralement jaloux et frustrés puisque même dans la catégorie des pauvres tous ne peuvent être pris en charge pour des raisons de plafond budgétaire (Agent ONG, Gao).

L'expérience de ciblage communautaire étudiée au Cameroun a aussi montré une certaine forme de jalousie et d'incompréhension des voisins non sélectionnés (Flink et al., 2016), ce qui n'a pas été le cas au Burkina Faso où le processus communautaire a été plus protecteur de ces enjeux (Ridde, 2012).

Un certain ressentiment est également perceptible auprès des responsables locaux, qui se jugent mal informés, responsables aux yeux de leurs communautés d'un travail sensible qui engage leur temps et leur crédibilité, sans pour autant maîtriser les tenants et aboutissants. Ils se sentent contrôlés et quelquefois désavoués par des enquêtes basées sur du déclaratif, dont rien ne garantit selon eux la fiabilité :

S'ils viennent vérifier la liste c'est un manque de confiance à notre égard. Je ne suis pas d'accord, il y a une ONG qui avait voulu nous faire ça et on s'est retiré. On ne peut pas accepter qu'on nous fasse travailler et ensuite douter de nous. Soit on fait le travail soit vous le donnez à quelqu'un d'autre. On n'accepte pas de se faire ridiculiser (Leader communautaire, Bamako).

Tu peux aller dans un quartier de ville, et le responsable refuse de laisser faire l'opération [enquête PMT] (Expert national, Bénin).

Au Bénin, le modèle statistique qui a déterminé le seuil d'éligibilité et permet de traiter les données issues de ces enquêtes est très complexe et les exclusions qui en découlent ne sont pas facilement acceptées par la population : « *quand les gens [superviseurs] vont là-bas, pour la validation communautaire, ils subissent un peu le diktat de la communauté* » (Expert national). Il en est de même pour les quotas : la référence aux statistiques nationales pour déterminer les quotas des différentes zones du programme étatique de jigsaw ont amené une estimation de la pauvreté à plus de 40% des ménages dans la région de Sikasso, et à moins de 10% dans certaines communes de la région de Gao. Ces quotas sont des produits « comptables » présentés aux communautés, notamment comme le fruit d'une analyse socioéconomique, qui impose aux acteurs locaux d'appliquer des consignes qu'ils ne comprennent pas, qui ne correspondent pas à des réalités objectives, et qu'ils contestent (notamment cercle de Gao).

4. Discussion : La revanche des contextes ?

La thématique du ciblage n'est pas neuve et plusieurs de nos résultats rejoignent ceux d'études parfois anciennes, ayant alimenté les débats entre partisans d'une approche universaliste comparativement à une approche ciblée (Mkandawire, 2005). En 1995, Amartya Sen s'inquiétait de l'analogie guerrière de « la cible » (*target*), rappelant que « les personnes atteintes par ces politiques peuvent en effet être des agents très actifs [...] ils pensent, agissent et réagissent⁸ », à l'opposé de la vision de bénéficiaires passifs voire léthargiques véhiculées par l'approche du ciblage (1995 : 11). Dans une publication proposant une comparaison des différentes méthodes de ciblage, leurs coûts, leur faisabilité et leur effectivité, Coady *et al.* soulignaient l'importance de l'étude de la mise en œuvre pour évaluer la performance (Coady, Grosh, & Hoddinott, 2004), ce qui a été abondamment effectué au Burkina Faso (Ridde, 2012). Plus récemment, Kidd *et al.* ont qualifié les enquêtes PMT « d'imprécises et arbitraires », estimant que le taux d'erreurs d'exclusion de cette méthode varie entre 50 et 93% (Kidd, 2017; Kidd et al., 2017).

Comme nous avons tenté de le montrer, les défis de mise en œuvre des dispositifs de ciblage des plus pauvres étudiés sont multiples, les dysfonctionnements courants et les exemples d'erreurs d'inclusion comme d'exclusion nombreux. Ils relèvent à la fois de problèmes de formulation, ceux-ci se révélant d'autant mieux lors de la phase de mise en œuvre, mais également d'un manque de moyens, d'improvisations ainsi que d'appropriations et de détournements des dispositifs au niveau local. On peut donc proposer qu'il y a bien un rôle important des contextes sur les modèles tels qu'ils ont été formulés, à travers des écarts de mise en œuvre comme normatifs⁹.

⁸ Traduction libre

⁹ Ce texte s'est concentré sur le ciblage. Nous n'avons donc pas abordé les utilisations qui peuvent être faites des bénéficiaires des programmes étudiés (redistributions, « cadeaux » au chef de village), et qui révèlent d'autres normes locales pouvant entrer en contradiction avec les objectifs officiels de ces programmes.

Comme cela a été montré depuis plusieurs décennies pour de multiples interventions (Saetren, 2005), il n'y a en effet aucune raison que les contextes de l'Afrique de l'Ouest n'influencent pas aussi la mise en œuvre des processus de ciblage. Les déficits de mise en œuvre sont donc bien plus la norme que l'exception (Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Les pratiques clientélistes et d'appropriation, largement évoquées ici, n'expliquent qu'une partie des problèmes qui doivent être traités pour améliorer le ciblage et donc l'efficacité des programmes qui en dépendent. L'analyse de la mise en œuvre de ces processus de ciblage et leur adaptation au contexte doit donc devenir une priorité de recherche mais aussi une préoccupation des décideurs et intervenants qui doivent arbitrer entre la fidélité au contenu et l'adaptation locale (Pérez, Van der Stuyft, Zabala, Castro, & Lefèvre, 2015). Un récent guide pour l'analyse du rôle du contexte pourrait être utile à cet égard (Craig et al., 2018).

Un élément essentiel concerne la définition même de la cible qui est recherchée. Les communautés distinguent clairement l'indigence de la pauvreté. La première est définie avant tout de façon catégorielle sur la base d'archétypes relevant essentiellement de facteurs biologiques (le handicap, la vieillesse, les petits enfants à charge, la veuve), des personnes dans l'incapacité de travailler, en situation de rupture, et que la communauté se doit ainsi moralement de prendre en charge. Leur identification donne rarement matière à débat (Ridde et al., 2010). Bien que le principe de différence soit reconnu, « *même à l'intérieur d'un poulailler, tu verras que certains ont plus que d'autres* » (leader communautaire, Mali), la pauvreté est définie de façon relative sur des critères d'insuffisance alimentaire, économiques et de structure familiale. Les quotas obligent ainsi les communautés à créer des classes sociales factices (les non servis étant très similaires aux servis) qui relèvent pour tous de l'injustice et peuvent devenir antagoniques/infaisables (d'où le fait de donner à un nanti pour qu'il prenne en charge un hameau), créer des contentieux (les non servis contestant leur éviction) voire remettre en question les attributs conventionnels des leaders : sages, justes, etc. Ceci d'autant plus que l'information des populations est souvent faiblement investie par les acteurs des programmes, voire en interne dans les communautés. Un constat fort similaire a été réalisé au regard de l'inefficacité du processus de ciblage réalisé au Rwanda depuis plusieurs années (Sabates-Wheeler et al., 2015).

Enfin, bien que l'on puisse qualifier ces éléments de « revanche des contextes », une question se pose : à qui profite cette « revanche » ? Au final, très peu d'acteurs semblent effectivement satisfaits de la situation : certains ménages, stigmatisés, n'osent pas toujours profiter des bénéfices accordés, de « vrais indigents » sont exclus, les responsables se sentent impuissants et des tensions mettent à mal la cohésion sociale. Or, cette situation risque de s'amplifier dans le cadre de la mise en place des registres sociaux, nouveau « modèle voyageur » qui s'est diffusé suite à la multiplication de ces dispositifs de ciblage.

5. Conclusion : d'un modèle voyageur à l'autre... les registres sociaux.

La mise en œuvre des modèles de ciblage étudiés dans ce texte est aujourd'hui perçue comme une opportunité d'élaboration de « registres sociaux » uniques ou nationaux (selon l'appellation nationale). Encouragés par la Banque mondiale, ces dispositifs sont définis comme des « systèmes d'information » qui permettent de répertorier et d'enregistrer les bénéficiaires potentiels d'un ou plusieurs programmes sociaux dans un même pays (Leite, Karippacheril, Sun, Jones, & Lindert, 2017). Ils visent ainsi à diminuer le coût du ciblage en réalisant des économies d'échelle et en favorisant l'efficacité, un même ciblage pouvant être utilisé dans le cadre de plusieurs programmes. Ils sont également considérés comme un moyen d'enrayer la

« spirale de la pauvreté », en concentrant un ensemble de bénéficiaires sur une même population considérée comme très pauvre ou vulnérable.

Ces registres sont donc proposés comme un nouveau « modèle » pouvant améliorer l'efficacité des programmes sociaux, mais ils reposent sur des dispositifs de ciblage qui, comme nous l'avons montré, présentent de nombreux défis. Ils amplifient ainsi les enjeux d'un ciblage réussi, en augmentant les bénéficiaires qui peuvent être tirés de la sélection, sans pour autant s'attaquer aux problèmes de fond que nous avons pu identifier lors de nos enquêtes de terrain. En effet, les analyses des processus de ciblage en Afrique restent peu nombreuses, de même que les leçons qui pourraient être tirées d'un pays à l'autre, et lorsque des changements sont opérés, ils constituent des ajustements, sans remise en cause du modèle global. De plus, la concurrence entre différents modèles de ciblage dans un même pays ne favorise pas le consensus et l'harmonisation.

Par ailleurs, les registres, tels qu'ils sont actuellement mis en œuvre, ne peuvent être qualifiés de « dynamiques » (Leite et al., 2017), étant donné qu'ils reposent sur des vagues de ciblage en masse et que les systèmes de plaintes sont soit inexistantes, soit peu fonctionnels. Ils ne permettent donc pas d'inclure à tout moment les ménages omis par le processus de ciblage ou, qui, suite à un choc, deviendraient éligibles.

Ce nouveau modèle se heurte aux valeurs et à la perception locale de l'équité, puisque, comme nous l'avons montré, le principe de ciblage est mal accepté, détourné et peut entraîner des tensions. De plus, lorsque plusieurs programmes sont mis en œuvre dans une même zone, dans un contexte de pauvreté relativement généralisée, la logique de « répartition égalitaire des bénéficiaires » semble l'emporter et va donc à l'encontre d'une logique de concentration des bénéficiaires sur une population ciblée, qui permettrait de contrer la spirale de la pauvreté (Ridde, 2006).

Il est donc indispensable, dans la perspective de l'élaboration ou de la mise à jour de ces registres sociaux, de s'interroger sur la pertinence des cibrages opérés et de s'attaquer à des problèmes de fonds tels que la définition de la cible, la communication, le financement et la pérennisation des dispositifs. Une meilleure articulation entre politiques universelles et ciblées doit également être pensée, les aides aux plus pauvres devenant un enjeu local important, source de conflits et de tensions supplémentaires. L'application du concept d'universalisme proportionné, vulgarisé par Marmot (2015), impliquerait par exemple que les transferts monétaires ou exemptions de paiement soient proposés à tous (universalisme), en y associant des mesures spécifiques proportionnées selon les besoins des sous-groupes de la population (Breton, 2015).

Bibliographie

- Breton, E. (2015). La réduction des inégalités sociales de santé passe principalement par des actions en faveur des plus vulnérables. In *Des idées reçues en santé mondiale* (p. 148-153). Montréal, Rennes: Presses de l'Université de Montréal; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Chinsinga, B. (2005). The Clash of Voices: Community-based Targeting of Safety-net Interventions in Malawi. *Social Policy and Administration*, 39(3), 284-301. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00440.x>
- Coady, D., Grosh, M., & Hoddinott, J. (2004). *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/0-8213-5769-7>
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., White, M., on behalf of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)–National Institute for Health Research (NIHR) Context Guidance Authors Group (listed alphabetically), ... Wight, D. (2018). *Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research*. <https://doi.org/10.3310/CIHR-NIHR-01>
- Flink, I. J., Ziebe, R., Vagai, D., van de Looij, F., van 'T Riet, H., & Houweling, T. A. (2016). Targeting the poorest in a performance-based financing programme in northern Cameroon. *Health Policy and Planning*, 31(6), 767-776. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv130>
- Gilson, L., Russell, S., & Buse, K. (1995). The political economy of user fees with targeting: Developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*, 7(3), 369-401. <https://doi.org/10.1002/jid.3380070305>
- Kaddar, M., Stierle, F., Schmidt-Ehry, B., & Tchicaya, A. (2000). L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *Tiers-Monde*, 41(164), 903-925. <https://doi.org/10.3406/tiers.2000.1444>
- Kidd, S. (2017). Anti-Social Registries: How have they become so popular? *Pathways' Perspectives on Social Policy in International Development*, 24, 5.
- Kidd, S., Gelders, B., & Bailey-Athias, D. (2017). *Eclusion by design: An assessment of the effectiveness of the proxy means test poverty targeting mechanisms* (ESS Working paper No. 56). Geneva: International Labour Office, Social Protection Department (SOCPRO).
- Leite, P., Karippacheril, T. G., Sun, C., Jones, T., & Lindert, K. (2017). Social Registries for Social Assistance and Beyond: A Guidance Note & Assessment Tool, 119.
- Marmot, M. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. London Oxford New York New Delhi Sydney: Bloomsbury.
- Mkandawire, T. (2005). Targeting and Universalism in Poverty Reduction. *Social Policy and Development, Programme Paper Number 23*, 30.
- Olivier de Sardan, J.-P. (à paraître). Mécanismes-miracles, modèles voyageurs et revanche des contextes. Un cas d'école : les programmes de cash transfers.
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A., & Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(S1). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris: Karthala.
- Ouédraogo, S., Ridde, V., Atchessi, N., Souares, A., Koulidiati, J.-L., Stoeffler, Q., & Zunzunegui, M.-V. (2017). Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: a screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 7(10), e013405. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013405>

- Pérez, D., Van der Stuyft, P., Zabala, M. del C., Castro, M., & Lefèvre, P. (2015). A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0457-8>
- Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K., Gerhardus, A., Hofmann, B., Booth, A., Lysdahl, K. B., ... Rehfuess, E. A. (2015). Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, *109*(2), 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>
- Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M., & Ridde, V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: a step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International Journal for Equity in Health*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8>
- République du Bénin. (2014, mai). Guide unique de mise en œuvre et de gestion du processus de ciblage des ménages plus pauvres. Comité Socle de Protection Sociale ; Banque Mondiale.
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). The implementation of public health interventions in Africa: a neglected strategic theme. *Médecine et Santé Tropicales*, (1), 6–9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V., & Sombie, I. (2012). Street-level workers' criteria for identifying indigents to be exempted from user fees in Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, *17*(6), 782-791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.02991.x>
- Ridde, V. (2006). Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso, (4), 5.
- Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y., & Bicaba, A. (2010). Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-631>
- Ridde, V., & Jacob, J.-P. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*. Louvain la Neuve: Academia Editions.
- Ridde, V., Leppert, G., Hien, H., Robyn, P. J., & De Allegri, M. (2018). Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: evidence from a cross-sectional survey. *International Journal for Equity in Health*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0717-5>
- Ridde, V., Rossier, C., Soura, A. B., Bazié, F., Kadio, K., & Institut de Recherche en Sciences de la Santé–Ouagadougou (IRSS/CNRST) – Burkina Faso Institut de Recherche en Sciences de la Santé–Ouagadougou (IRSS/CNRST) – Burkina Faso. (2014). A community-based approach to indigent selection is difficult to organize in a formal neighbourhood in Ouagadougou, Burkina Faso: a mixed methods exploratory study. *International Journal for Equity in Health*, *13*(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-31>
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., & Bicaba, A. (2010). A community-based approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *64*(01), 10-15. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.086793>
- Rose, R. (2005). *Learning from comparative public policy. A practical guide*. London and New York: Routledge.

- Sabates-Wheeler, R., Yates, S., Wylde, E., & Gatsinzi, J. (2015). Challenges of Measuring Graduation in Rwanda. *IDS Bulletin*, 46(2), 103-114. <https://doi.org/10.1111/1759-5436.12133>
- Saetren, H. (2005). Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation: Out-of-Fashion, Allegedly Dead, But Still Very Much Alive and Relevant. *Policy Studies Journal*, 33(4), 559-582. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2005.00133.x>
- Samb, O. M. (2014). *La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso*. Montréal, Montréal.
- Sen, A. (1995). The Political Economy of Targeting. In van de Walle & Nead (Éd.), *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence* (p. 11-24). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Touré, L. (2013). « A force de fuir les indigents, on ne les connaît pas... ». La difficile question de l'identification des indigents au Mali. In Valéry Ridde & J.-P. Jacob, *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels* (p. 121-140). Louvain la Neuve: Academia Editions.
- Vuarin, R. (1994). L'argent et l'entregent. *Cah. Sci. Hum.*, 19.
- WHO (Éd.). (2010). *Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- WHO. (2014). *Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. World Health Organization. Consulté à l'adresse http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/